



## Solicitud de autorización de uso terapéutico – Therapeutic use exemptions application form

Por favor, complete todas las secciones con letras mayúsculas o a máquina. Las solicitudes ilegibles y/o incompletas no serán tramitadas y deberán presentarse de nuevo. Los apartados 2, 3 y 4 deben ser completados por su médico. **Debe enviar, además de la solicitud, un informe médico** donde aparezca el historial clínico, exploración de la enfermedad, así como una justificación del uso de la sustancia prohibida.

Please, complete every section in capital or machine letters. Illegible and/or incomplete application form will not be processed and must be resubmitted. Sections 2, 3 and 4 must be completed by your doctor. You must send, in addition to the application form, a medical report that includes anamnesis and examination of the disease, as well as a justification for the use of the prohibited substance.

### 1. Información del deportista / Athlete information

#### Datos del deportista / Athlete personal data

Apellidos  
*Surname*

Nombre  
*Name*

NIF-NIE  
*ID number*

Sexo (M/F)  
*Gender (M/F)*

Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)  
*Date of birth (dd/mm/yyyy)*

Deporte  
*Sport*

Especialidad  
*Discipline*

Federación nacional o internacional  
*National or international Sport Organization*

Indique si tiene alguna discapacidad  
*If you are an Athlete with any impairment, please indicate*

#### Canales de comunicación / Address data

Dirección  
*Address*

Localidad  
*City*

Provincia  
*State*

Código Postal  
*Postcode*

País  
*Country*

Teléfono  
*Tel.*

Correo Electrónico  
*Email*

Móvil  
*Cell.*

#### Datos de padre/madre/tutor legal / Parent`s guardian

*Rellenar sólo si el deportista es menor de edad / Complete only if athlete is a minor*

Apellidos  
*Surname*

Nombre  
*Name*

NIF-NIE  
*ID Number*

Parentesco  
*Relationship*

#### Cláusula de protección de datos / Personal Data Protection

Los datos personales recogidos en el presente formulario serán tratados conforme a lo establecido por el "Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento general de protección de datos)" y la "Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal" y demás normativa de aplicación. Su finalidad es la tramitación de su solicitud y sus datos no serán cedidos ni usados para otro fin. El tratamiento de sus datos se realiza para el cumplimiento de obligaciones legales por parte de la AEPSAD, para el cumplimiento de misiones realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a la AEPSAD, así como cuando la finalidad del tratamiento requiera su consentimiento, habrá de ser prestado mediante una clara acción afirmativa, que más abajo se detalla. Los datos personales proporcionados se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recaban y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de la finalidad, además de los períodos establecidos en la normativa aplicable. El responsable de este fichero es la AEPSAD, ante la cual podrá obtener confirmación sobre los tratamientos que se llevan a cabo de sus datos. Igualmente podrá ejercitar, debidamente acreditado, los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, dirigiendo su petición a Plaza de Valparaíso 4, 28016 Madrid o al correo electrónico [notificaciones@aepsad.gob.es](mailto:notificaciones@aepsad.gob.es). También se podrá poner en contacto con el Delegado de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte a través de la dirección de correo electrónico: [dgd@aepsad.gob.es](mailto:dgd@aepsad.gob.es). Sus datos serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte (AEPSAD)



## Solicitud de autorización de uso terapéutico – Therapeutic use exemptions application form

### 2. Información médica / Medical information

#### Resumen del diagnóstico / Diagnosis

**Si es posible utilizar una medicación permitida para tratar la patología, por favor, proporcione la justificación clínica para solicitar el uso de una medicación prohibida.**

*If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.*

#### Nota / comment

Deben adjuntarse y enviarse con esta solicitud los elementos que confirman el diagnóstico. La información médica debe incluir una historia clínica completa y los resultados de todas las pruebas, análisis de laboratorio y estudios por imágenes pertinentes. Se adjuntarán copias de los informes o cartas originales cuando sea posible. Los elementos probatorios deberán revestir la máxima objetividad posible teniendo en cuenta las circunstancias clínicas. En el caso de patologías indemostrables, se respaldará esta solicitud con opiniones médicas independientes. La AMA elabora una serie de directrices para ayudar a los médicos a preparar solicitudes de AUT completas y exhaustivas. Pueden consultarse estas "Informaciones médicas para orientar las decisiones de los CAUT" buscando el término Medical Information (informaciones médicas) en la página web de la AMA: <https://www.wada-ama.org>. En ellas se abordan el diagnóstico y el tratamiento de diversas patologías frecuentes en deportistas que deben tratarse con sustancias prohibidas.

Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application. WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.

### 3. Información detallada sobre la medicación / Medication details

Sustancias Prohibidas (Nombre genérico) <i>Prohibited substances (Generic name)</i>	Posología <i>Dose</i>	Vía de administración <i>Route of administration</i>	Frecuencia <i>Frequency</i>	Duración del tratamiento <i>Duration of treatment</i>

**Marque la documentación adicional que apoya su solicitud/indicate the additional information that support your request**

- La declaración de un médico debidamente cualificado que demuestre la necesidad de que el deportista use la sustancia prohibida o método prohibido en cuestión, por razones terapéuticas
- Anamnesis y exploración                      - Pruebas complementarias realizadas y sus resultados                      - Diagnóstico
- Detalles del tratamiento o método para el que se solicita autorización (Nombre de la sustancia o método prohibido, dosis, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento)
- Justificación de que no existe una alternativa terapéutica razonable al uso de la sustancia o método prohibido\*

\*Esta comisión no juzga los tratamientos, sino si está justificado conceder o no la autorización para las sustancias prohibidas solicitadas. La sustancia que se solicita no está permitida porque el tratamiento, si bien mejorará o evitará su sintomatología, no es improbable que pueda producir una mejora de su rendimiento, superior al que podría preverse al regresar a su estado de salud normal y, por otro lado, existe una alternativa terapéutica razonable al uso de la sustancia solicitada. Por eso necesitamos nos traslade el/los criterio/s que considere oportuno/s para justificar que esta sustancia prohibida es superior y necesaria para el deportista frente a la alternativa no prohibida.



## Solicitud de autorización de uso terapéutico – Therapeutic use exemptions application form

### 4. Declaración del médico / Medical practitioner's declaration

Certifico que la información que figura en las secciones 2 y 3 es exacta y que el tratamiento mencionado es adecuado desde el punto de vista médico.

*I certify that the information at sections 2 and 3 is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.*

Nombre y apellidos  
*Name and surname*

Especialidad médica  
*Medical Speciality*

Número de colegiado  
*Member number*

Dirección  
*Address*

Localidad  
*City*

Provincia  
*State*

Código Postal  
*Postcode*

País  
*Country*

Teléfono  
*Tel.*

Correo electrónico  
*Email*

Fecha (dd/mm/aaaa)  
*Date (dd/mm/yyyy)*

Firma del médico  
*Signature of medical practitioner*

### 5. Solicitud retroactiva / Retroactive application

¿Está solicitando una AUT con efecto retroactivo?  
*Is this a retroactive application?*

Sí                      No  
Yes                    No

En caso afirmativo, indique fecha de inicio del tratamiento (dd/mm/aaaa)  
*If it is, when the treatment started? (dd/mm/yyyy)*

Duración prevista del tratamiento  
*Expected duration of treatment*

Próxima competición (dd/mm/aaaa)  
*Next competition date (dd/mm/yyyy)*

Indique el motivo  
*Please, indicate the reason*

- Urgencia médica o tratamiento de una patología aguda  
*Emergency treatment or treatment of acute disease*
- Debido a circunstancias excepcionales no hubo tiempo suficiente o posibilidad de presentar una solicitud antes de la toma de muestras.  
*Due to exceptional circumstances, there was no time or possibility to submit an application prior to sample collection*
- Las normas aplicables no exigen que presente una solicitud con antelación  
*Advance application not required under applicable rules*
- Otros motivos (Especifique)  
*Others (Please explain)*



## Solicitud de autorización de uso terapéutico – Therapeutic use exemptions application form

### 6. Solicitudes anteriores / Previous applications

¿Ha presentado con anterioridad alguna solicitud de AUT? Sí No  
*Have you submitted any TUE application previously?* Yes No

¿Para qué sustancia o método?  
*For which substance or method?*

¿A quién?  
*To who?*

¿Cuándo?  
*When?*

Decisión:	Concedida	Denegada	No procede
<i>Decision:</i>	<i>Approved</i>	<i>Not approved</i>	<i>Not applicable</i>

### 7. Declaración del deportista / Athlete's declaration

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que la información expuesta en las secciones 1, 5 y 6 es exacta. Autorizo la divulgación de información médica personal tanto a la organización antidopaje (OAD), como al personal habilitado de la AMA, al CAUT de la AMA (Comité de Autorizaciones de Uso Terapéutico) y a otros CAUT de las OAD, y al personal habilitado que tenga derecho a conocer esta información en virtud del Código Mundial Antidopaje (el «Código») o de las Normas Internacionales para las Autorizaciones para el Uso Terapéutico. Doy mi consentimiento para que mi médico o mis médicos faciliten a las personas mencionadas cualquier información sobre mi salud que estas consideren necesaria para estudiar mi solicitud y emitir una decisión al respecto. Entiendo que esta información sobre mí solo se utilizará para evaluar mi solicitud de AUT y en el marco de las investigaciones y procedimientos referentes a posibles infracciones de las reglas antidopaje. Me consta que si alguna vez deseo (1) obtener más información sobre el uso de mis datos médicos, (2) ejercer mi derecho a acceder a ellos y a rectificarlos o (3) revocar la autorización de estas entidades a obtenerlos, debo notificárselo a mi médico y a mi OAD por escrito. Entiendo y acepto que puede ser necesario que la información relativa a una AUT presentada antes de la revocación de mi consentimiento se conserve con el único propósito de esclarecer una posible infracción de las reglas antidopaje, cuando así lo exija el Código. Doy mi consentimiento para que la decisión relativa a esta solicitud se ponga a disposición de todas las OAD u otras entidades competentes en materia de controles o de gestión de mis resultados. Entiendo y acepto que los destinatarios de la información sobre mí y de la decisión relativa a esta solicitud pueden encontrarse fuera del país en el que resido. En algunos Estados, las leyes de protección de datos y de confidencialidad pueden no ser equivalentes a las de mi país de residencia. Soy consciente de que tengo la posibilidad de presentar una reclamación ante el AMA o el TAD si considero que mis datos personales no se están utilizando de acuerdo con el presente consentimiento y con la Norma Internacional para la Protección de Datos Personales.

I \_\_\_\_\_, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application. I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code. I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me. I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence. I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS

Por favor, marque la vía de comunicación para el envío de la solicitud y recepción de respuesta por parte de AEPSAD:  
*Please, submit the completed form by the following means (keeping a copy for your records)*

Creación de cuenta, vía ADAMS

Correo electrónico / email: [caut@aepsad.gob.es](mailto:caut@aepsad.gob.es)

**El email llega con título "Almacén de Archivos"**

Correo Postal / post: Atención CAUT

Plaza de Valparaíso Número 4, 28016 Madrid

Fecha (dd/mm/aaaa)

Firma del deportista o tutor

Date (dd/mm/yyyy)

Athlete's signature or parent's guardian's

Si el deportista es menor o tiene una discapacidad que le impida firmar esta solicitud, uno de sus padres o tutor legal firmará en su nombre.  
*If the athlete is minor or presents a disability preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the athlete*